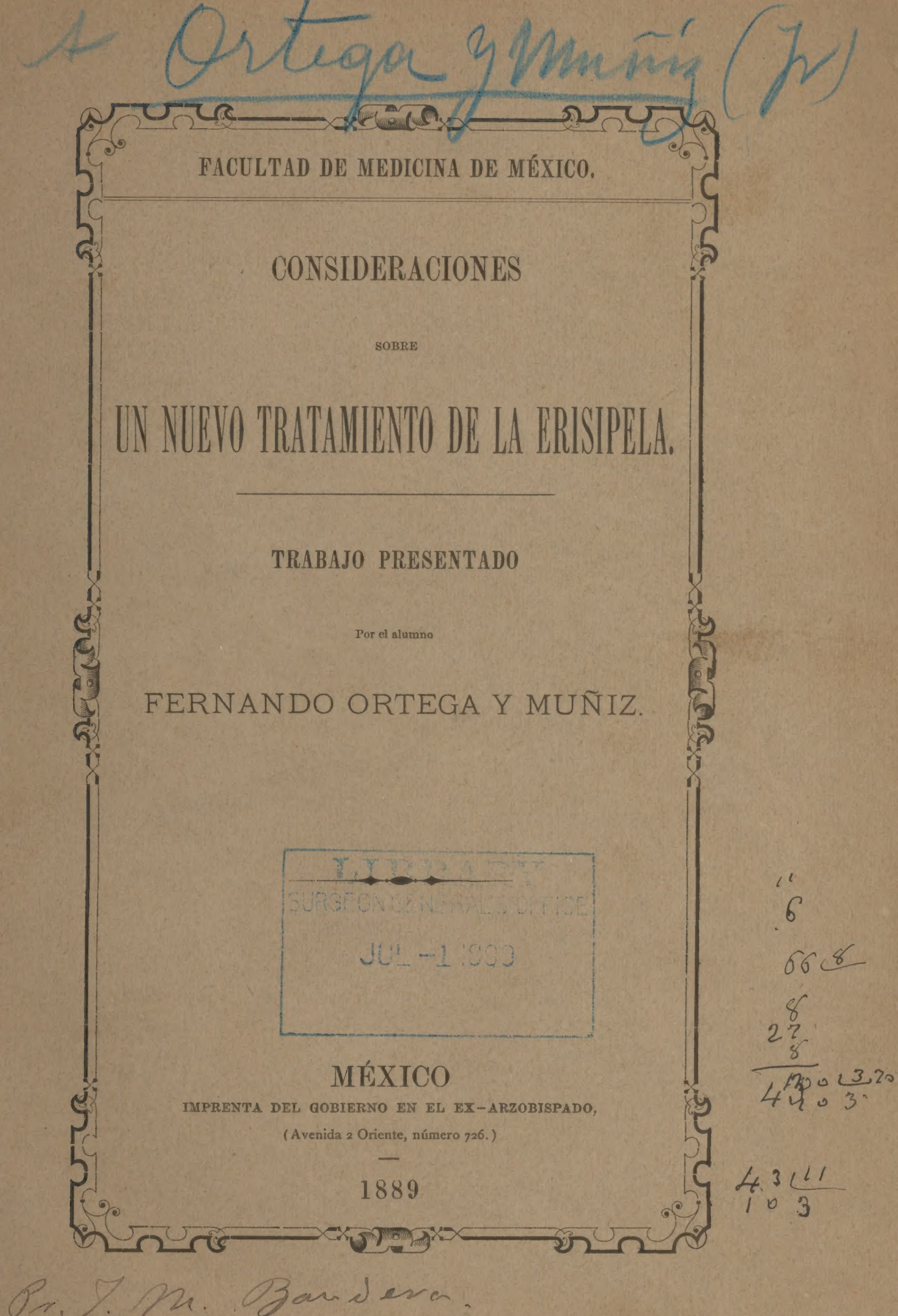


A Ortega y Muñiz (F.)

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

CONSIDERACIONES

SOBRE

UN NUEVO TRATAMIENTO DE LA ERISIPELA.

TRABAJO PRESENTADO

Por el alumno

FERNANDO ORTEGA Y MUÑIZ.

MÉXICO
IMPRENTA DEL GOBIERNO EN EL EX-ARZOBISPADO,
(Avenida 2 Oriente, número 726.)

1889

Pr. J. M. Bandera.

S. propietario

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

CONSIDERACIONES

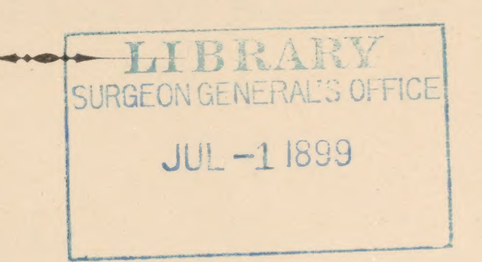
SOBRE

UN NUEVO TRATAMIENTO DE LA ERISIPELA.

TRABAJO PRESENTADO

Por el alumno

FERNANDO ORTEGA Y MUÑIZ.



MÉXICO
IMPRENTA DEL GOBIERNO EN EL EX-ARZOBISPADO,
(Avenida 2 Oriente, número 726.)

1889

A la memoria de mi inolvidable y adorada madre.

A MI HONRADO Y QUERIDO PADRE.

A MIS QUERIDOS TIOS

El Sr. José Rafael Ortega y la Sra. Loreto Muñiz de Ortega.

AL SEÑOR DOCTOR

JUAN DANIEL CAMPUZANO.

MUESTRA DE AMISTAD SINCERA.

AL SEÑOR INGENIERO

IGNACIO CEVALLOS.

PEQUEÑA PRUEBA DE CARIÑO Y SIMPATIA.

AL SEÑOR LICENCIADO

GABRIEL M. ISLAS.

ETERNA GRATITUD.

AL SEÑOR DOCTOR

MANUEL CARMONA Y VALLE.

ADMIRACION Y RESPETO.

A MIS QUERIDOS MAESTROS

LOS SEÑORES DOCTORES

José María Bandera, Juan María Rodríguez y Luis E. Ruiz.

AL SEÑOR DOCTOR

ANGEL GAVIÑO IGLESIAS.

Testimonio de aprecio y consideración.

A LA MEMORIA DE MIS INOLVIDABLES MAESTROS

LOS SEÑORES DOCTORES

RAFAEL LUCIO Y FRANCISCO ORTEGA Y VILLAR.

INTRODUCCION.

En el número 6 del periódico la "Revista Médica de México," vió la luz pública un artículo del Sr. Dr. Manuel Carmona y Valle, en el que, propone el uso del bicloruro de mercurio á alta dosis como método curativo parasiticida en la erisipela. Fundado este tratamiento en consideraciones de carácter teórico que después expondré, dió en manos de su descubridor desde la primera vez que lo usó los más brillantes resultados. Después los Sres. Dres. José María Bandera, Angel Gaviño y algunos otros prácticos, ya en la clientela civil, ya en los servicios hospitalarios, han hecho uso de dicho tratamiento proponiéndose adoptarlo como exclusivo en la enfermedad citada, pues hasta ahora los resultados obtenidos han superado con mucho á las fundadas esperanzas que tenían en este nuevo tratamiento curativo parasiticida.

Deseoso de encontrar un punto de medicina nacional para estudiarlo y dar cumplimiento á la prescripción reglamentaria que exige á los alumnos la presentación de un trabajo inaugural, he procurado recoger lo más cuidadosamente que me ha sido posible, los diversos datos que fun-

dan y comprueban el nuevo tratamiento y al efecto, en las observaciones que me son personales, he procurado para hacerlas completamente demostrativas, el uso riguroso del bicloruro de mercurio bajo la forma de pomada cuyo exipiente es la vaselina y al cinco por ciento como la recomienda su autor.

Me propongo demostrar que, en el estado actual de la ciencia, el único tratamiento racional de la erisipela, es el tratamiento antiséptico.

NATURALEZA DE LA ERISIPELA.

En la actualidad, la erisipela, debe ser considerada como una enfermedad bacteriana, producida por un micrococus específico, que se desarrolla en los linfáticos de la piel y del tejido celular subcutáneo.

Para demostrar la verdad de esta proposición, nos bastaría citar en seguida los trabajos bacteriológicos que se han emprendido en estos últimos años, acerca de la erisipela, pero nos proponemos hacerlo después que hayamos refutado las opiniones de numerosos y muy respetables autores, opiniones que á pesar de ser infundadas en la actualidad, han reinado en la ciencia hasta hace pocos años y tienen aún numerosos y autorizados partidarios.

Desechando las explicaciones puramente hipotéticas que, acerca de la naturaleza de la erisipela se han dado, ó aquellas que actualmente sólo tienen un valor histórico, nos encontramos con que los autores no habían logrado entenderse respecto á la naturaleza de la enfermedad que nos ocupa, ni respecto al lugar que le corresponde en el cuadro nosológico, de manera que, sobre punto tan interesante se había permanecido hasta ahora en la más completa confusión. No obstante esto, podemos clasificar las

opiniones que se han emitido acerca de la naturaleza de la erisipela, formando tres grupos: El primero, comprendería las que ven en la erisipela, una inflamación simple de la piel ó de alguno de sus elementos; el segundo, abarcaría el conjunto de opiniones que hacen de la erisipela, una fiebre exantemática, análoga á las fiebres eruptivas, sarampión, escarlatina y viruela; y por último, el tercer grupo estaría formado por las opiniones de los que, habiendo entrevisto los adelantos de los tiempos modernos, consideran la erisipela como una inflamación específica de la piel, acompañada de perturbaciones generales dependientes de la lesión local.

Basta invocar la epidemicidad y el contagio, que admiten todos los autores, para arruinar por su base el edificio teórico que se apoya en el primer grupo de opiniones. En cuanto al segundo grupo, á primera vista y en cierto número de casos, la semejanza de la erisipela con las fiebres eruptivas es tan marcada, y tan renombrados y competentes los partidarios de esta manera de ver que, solamente oponiendo á sus razones las de sabios no menos eminentes y la evidencia de los adelantos modernos, es como se puede llegar á escapar de la seducción atractiva de sus ingeniosos razonamientos. Dice Jaccoud: "La erisipela posee una propiedad de trasmitirse, menos poderosa que la de las fiebres eruptivas, pero suficiente para dar lugar en algunas circunstancias á la difusión epidémica. Esto indudablemente la aproxima á las enfermedades zimóticas; y la aproxima más aún, la marcha regular y el ciclo definido que presenta, cuando es primitiva y espontánea; por consiguiente desprendida de toda complicación é influencia que pudiera ocultar ó desviar su marcha natural. En estas condiciones el exantema es precedido de fenómenos generales que recuerdan el modo de invasión de las fiebres eruptivas, lo que es otra analogía.

El primer punto de contacto que señala Jaccoud entre la erisipela y las fiebres eruptivas, es la epidemicidad; este hecho que tiene algún valor en apariencia, no lo tiene tanto si se reflexiona que, la epidemicidad, no es un carácter exclusivo de las fiebres eruptivas; hay en el grupo de las enfermedades flegmásicas, algunas que afectan á gran número de individuos en ciertas épocas del año y algunas otras sin ser flegmásicas, afectan también en un tiempo dado á una multitud de individuos y por consiguiente son epidémicas. De manera que, la epidemicidad, no es un hecho especial y peculiar á las fiebres eruptivas, si así fuera tendría mucho valor el que la erisipela se presentara epidémicamente; pero como este es un carácter común á varios grupos de enfermedades, habría la misma razón para colocarla en uno como en otro, sin que se pudiera excluir ó colocar fundadamente en alguno de ellos.

El contagio invocado también en favor de la semejanza de la erisipela con las fiebres eruptivas, no es exclusivo de estas y halla su explicación en la presencia constante de una ligera lesión de la piel ó de las mucosas, como lo prueban los numerosos casos citados por Trousseau.

La marcha regular y el ciclo definido que presenta la erisipela, cuando es primitiva y espontánea, es otro de los puntos de contacto señalados. Veamos lo que Trousseau piensa respecto de la pretendida espontaneidad de la erisipela. "Observad los hechos atentamente y vereis que la erisipela descrita bajo el nombre de Erisipela Médica, no traumática ó quirúrgica, tiene casi siempre, por punto de partida, si no una verdadera herida, al menos una ligera lesión. Lo repito, observad atentamente los hechos que encontreis; y si no siempre, al menos en casi la universalidad de los casos, hallareis en un punto cualquiera de la cara, en el grande ángulo del ojo, en la raíz de la nariz, en los labios, detrás de las orejas, sobre la piel de la cabe-

llera, una pequeña lesión de los tegumentos. Frecuentemente será una úlcera herpética de la cara ó de la mucosa de la garganta, la que haya causado todo el mal; ó bien será una inflamación de las encías ocasionada por la caries dentaria. En definitiva, se debe tener en cuenta la predisposición individual, y más aún la influencia de una causa general cuya naturaleza se nos escapa, pero hay necesidad también de una causa ocasional, determinante; esta causa tiene pues una parte esencial y no secundaria, en el desarrollo de la enfermedad."

Otra analogía que señala Jaccoud es que, en la erisipela, el exantema es precedido de fenómenos generales como en las fiebres eruptivas. Acabamos de ver que la erisipela, nace al nivel de una lesión de la piel ó de las mucosas, vamos á ver ahora cómo los síntomas generales que la acompañan tienen siempre su razón de ser en la alteración local y no solamente son precedidos por esta alteración local sino que están bajo su dependencia: "Una de las razones que han determinado á los médicos á aplicarle esta denominación (fiebre erisipelatosa), ha sido que, en cierto número de casos, el movimiento febril, el malestar general, las perturbaciones de la digestión, indicando una modalidad patológica impresa á la economía, precedían á la manifestación de la piel. Considerando entonces la erisipela como una fiebre eruptiva, se la ha colocado á ejemplo de Bersieri, en el mismo cuadro nosológico que la escarlatina, el sarampión, la viruela y todos los exantemas.

"Señores, este es en mi sentir un error. Que en algunas circunstancias, la fiebre preceda á la flegmasia cutánea, no lo niego, pero el hecho es raro, y generalmente es al contrario la flegmasia la que precede á la reacción febril. Se ve así que pasa en la erisipela de la cara absolutamente lo mismo que en las erisipelas de las otras partes del

cuerpo, sean ó no de causa externa. Un individuo tiene, por ejemplo, una herida en el pié ó en la pierna, esta herida se inflama y se pone muy dolorosa; los vasos linfáticos y los ganglios correspondientes se tumefican, la calentura comienza, y la erisipela no sobreviene más que uno, dos, ó tres días después. El movimiento febril en este caso, no podría ser asimilado á la calentura prodrómica de las pirexias exantemáticas; la inflamación de la herida y la inflamación de los linfáticos, dan perfectamente cuenta de ella" (Trousseau).

Una última diferencia, de que difícilmente podrían dar la explicación, los partidarios de la fiebre erisipelatosa, es la falta completa de inmunidad y más aún la predisposición que se adquiere para el desarrollo de la erisipela, después de un primer ataque, como lo comprueban, los numerosos casos de erisipela de repetición, que ha sido llamada periódica.

Creemos que lo expuesto es suficiente para demostrar la diferencia entre la erisipela y las fiebres eruptivas, tanto más cuanto que esta cuestión queda definitivamente juzgada, desde el momento en que se ha demostrado la existencia de un *micrococus* específico capaz de reproducir la erisipela después de su inoculación, como se verá más adelante.

Para completar la exposición y la crítica de las opiniones que acerca de la erisipela se han emitido, nos falta hacer mención de las teorías propuestas por los defensores de la naturaleza flegmática y específica de la piel con manifestaciones generales consecutivas, en la enfermedad que nos ocupa. Chomel y Blanche fueron los primeros que hicieron notar que había casos en los que, los síntomas generales no estaban en relación con los fenómenos locales, de tal modo que, si era fácil explicar la intensidad insólita de los fenómenos generales cuando se observaban alte-

raciones locales de marcada intensidad ó de grande extensión, había otros en los que la explicación no era posible y se hizo necesario emitir una teoría para darse cuenta del porqué de estos últimos. Por de contado que no se trata aquí de los casos en que se presenta alguna complicación, ni tampoco de aquellos en que la explicación es fácil de encontrar por el sitio de la lesión ó por el estado del individuo atacado.

Después de una atenta observación y dándose cuenta de los cambios que sobrevienen en el aspecto de las heridas, en los individuos atacados de erisipela, es como se llegó á admitir la existencia de un veneno séptico que después de su penetración por la herida, daba lugar á las alteraciones antes citadas. Las condiciones de epidemicidad y contagio, son también poderosos argumentos en favor de la naturaleza específica, así es que, pronto se llegó á la concepción de un veneno miasmático que, produciendo la irritación de las heridas ó de cualquiera clase de lesiones de la piel y de las mucosas ó bien la alteración del pus ó de los líquidos que se encuentran al nivel de estas lesiones, producía después de su absorción, los accidentes generales ya señalados en la erisipela.

Fundados los partidarios de esta teoría, en la experimentación, asemejan lo que pasa en la erisipela á lo que se observa en los animales sometidos á las inyecciones de liquidos sépticos; efectivamente, se observa en los animales puestos en estas condiciones, un conjunto de perturbaciones características entre las que se hacen notar por su intensidad, la elevación de temperatura y combustión orgánicas. De donde vienen á concluir los sostenedores de esta opinión que, en la erisipela, el proceso pirético sería el resultado de la absorción de un veneno morboso que, depositado al nivel de la solución de continuidad, determinaría á su paso por los linfáticos la flegmasia erisipelatosa y el engurgitamiento ganglionar.

Citamos á continuación los argumentos de Gosselin, uno de los más ardientes partidarios de este modo de ver: "En la patogenia de la erisipela se deben considerar dos cosas: primero, el rubor evidentemente inflamatorio de la piel, y sobre todo, de sus redes linfáticas; segundo, el estado febril, siempre bien marcado, algunas veces excesivamente intenso y mortal que le acompaña. Ahora bien, teniendo en cuenta los motivos que me han autorizado á considerar la enfermedad como infecciosa y contagiosa, creo poder admitir que la erisipela es una septisemia, como la fiebre traumática y la infección purulenta, que el veneno séptico después de su penetración por la herida, produce, en las primeras vías que atraviesa, la irritación que se traduce por el rubor é invadiendo el organismo, produce en él las perturbaciones generales."

Raynaud, de una competencia incontestable, á propósito de este interesante punto se expresa en estos términos: "Suponed que en un momento dado, un principio infeccioso, penetra en las redes linfáticas superficiales del dermis. Provoca ahí primero una reacción inflamatoria que se desarrolla en razón de la intensidad de la causa morbosa y de las aptitudes propias del individuo. De ahí el trabajo local de la erisipela, trabajo flegmático en cuanto á su modo anatómico, pero al mismo tiempo específico en cuanto á su causa y que, como tal, tiende á propagarse de trecho en trecho en las redes linfáticas de la cercanía. Pero al mismo tiempo la linfa alterada vierte incesantemente en el torrente circulatorio, un principio séptico que provoca la calentura, modifica la *crasis* sanguínea, y engendra toda la serie de los accidentes generalas propios á las septisemias."

Cuando hemos citado á Trousseau para combatir las opiniones que clasificamos en el segundo grupo, hemos podido ver que sus ideas son las mismas que las de los

dos eminentes patologistas últimamente citados y se comprenderá ahora, cuánta razón teniamos al asentar que, los partidarios de la inflamación específica local con perturbaciones generales, habían entrevisto el resultado de los últimos adelantos de la ciencia moderna. Con efecto, para haber sido completos estos autores, en su concepción de la erisipela, sólo les faltó, el conocimiento exacto del agente infeccioso que la determina. Veamos ahora, cómo se ha encontrado este agente, cuál es su naturaleza y qué utilidad práctica podemos sacar de su conocimiento.

Las investigaciones anatomo-patológicas pusieron á los observadores en la vía del descubrimiento del microbio de la erisipela. Los trabajos de Rives, Copland y Cruveillier en los principios de este siglo dieron por resultado, la demostración de un trabajo flegmásico en las redes venosas superficiales de la piel, después se vió que las redes linfáticas eran del sitio principal del trabajo flegmásico y se consideró anatómicamente la erisipela como una linfangitis. Vulpian con medios de investigación más perfectos, encontró en las mallas de la dermis una acumulación de celdillas linfáticas, celdillas linfáticas qne Wolkman y Steüdner aseguran que, deben ser consideradas como proviniendo de la diapedesis de los vasos, según la teoría de Conheim. Huëter fué el primero que señaló la presencia de *mónades* en las placas de erisipela y las identificó con las que se encuentran en el flemón. Nepveu ha señalado la presencia de bacterias en la serosidad que encierran las vesículas ó las bulas de la erisipela y también en la sangre de los individuos afectados de esta enfermedad.

Orth ha encontrado bacterias en las placas erisipelatosas, ha hecho experiencias en los animales y ha reproducido la erisipela inyectando el líquido de las bulas de la erisipela gangrenosa.

Recklingausen encontró en dos casos rápidos de erisi-

pela, los espacios linfáticos de la piel llenos de *micrococus* y halló los mismos micro-organismos en los capilares del riñón. Lukomsky en preparaciones hechas con fragmentos de piel erisipelatosa sumergida en el ácido acético, para hacer aparentes los micro-organismos, observó numerosas masas de *micrococus* en los vasos y en los espacios linfáticos de la dermis y ha provocado inflamaciones difusas con presencia de bacterias en animales inoculados con serosidad de la erisipela.

No basta haber señalado la presencia de un micro-organismo en la sangre, en los tejidos y en los líquidos de secreción y excreción de un individuo atacado de una enfermedad, para poder concluir que esta enfermedad es el resultado de la presencia del micro-organismo; es necesario además que este microbio se halle constantemente en todos ó en alguno de los productos morbosos que son el resultado de la enfermedad, es necesario que sea único ó si se asocia á otros para producir una enfermedad, su ausencia se note por la falta de alguno de los caracteres de esa enfermedad y por último, debe reproducirla constantemente, cuando sea introducido en condiciones favorables, en el individuo sano, dando siempre nacimiento á la misma especie morbosa.

De nada servirían los trabajos de que antes hemos dado cuenta si resultara que, el pequeño organismo encontrado en la erisipela, no llenaba las condiciones que hemos mencionado en el párrafo anterior, pero á cualquiera objeción hecha en este sentido, se pueden oponer los hechos perfectamente bien comprobados de Fehleisen. Efectivamente, este bacteriologista después de haber encontrado el mismo microbio en gran número de casos de erisipela, lo ha llegado á aislar, ha obtenido cultivos puros de él, ha hecho inoculaciones en el hombre con estos cultivos y ha reproducido constantemente la erisipela, con todos sus ca-

racteres, todo lo cual viene á probar de una manera evidente la naturaleza microbiana de esta enfermedad.

Vamos á ver ahora los caracteres individuales del microbio de la erisipela. Según Rosembach los microbios de la erisipela se asemejan á los del flemón, por la disposición en cadenitas de micrococus que afectan ambos micro-organismos, se trata por consiguiente de un *Streptococus*, la diferencia entre unos y otros consiste en la disposición diferente que toman al formar sus colonias en la gelatina y en el *agar-agar;* mientras que las del *Streptococus Erysipelatus* afectan la forma de hojas de helecho y son blancas y menos grandes que las del *Streptococus pyogenus*, las de este último toman en la gelatina la apariencia de una película redonda, de un color blanco sucio ; en el *agar-agar* se extienden más fácilmente formando una capa gruesa cuyo borde semeja un talud al rededor del plano de la placa. Los *micrococus* que forman las cadenas en el flemón, difieren á veces notablemente de volumen en una misma cadena, así se suelen encontrar algunos que presentan un diámetro desde 0. 1 hasta 0. 5 ó 0. 7 de micra mientras que, los de la erisipela son más regulares, su diámetro es generalmente de 0. 3 de micra y en una misma cadena tienen siempre el mismo volumen. Un hecho capital que diferencía unas bacterias de otras es que, su inoculación en la oreja de un conejo dá lugar á la aparición de un rubor erisipelatoso ; conel cultivo de la erisipela y con el del flemón no se obtiene nada.

Las alteraciones histológicas que produce el *Streptococus erysipelatus* sobre la piel son: La presencia de celdillas migradoras infiltradas en los haces conjuntivos, sobre todo al rededor de los vasos sanguíneos y de los capilares linfáticos, y en el tejido celúlar subcutáneo, en la periferia de los lóbulos adiposos y de los vasos linfáticos. Las celdillas migradoras son más abundantes en la der-

mis que en las papilas. Las celdillas fijas del tejido conjuntivo están tumeficadas y puede encontrarse en ellas la división de sus núcleos. A la diapedesis y á la multiplicación celular se agrega un exudado sero-fibrinoso en la dermis y el tejido celular subcutáneo. El *endotelium* de algunos espacios linfáticos está tumeficado, y algunos vasos linfáticos subcutáneos están llenos de celdillas migradoras.

Los *micrococus* de la erisipela se encuentran reunidos de dos en dos ó en cadenitas sinuosas que agrupándose se sitúan en los espacios interfasiculares, en los vasos linfáticos y en el tejido adiposo subcutáneo. En este último, ocupan el interior de las celdillas adiposas y están alojados en el protoplasma que rodea las gotitas de grasa.

Las bacterias de la erisipela ocupan, cuando invaden las regiones provistas de pelo, la periferia de los folículos pelosos, lo cual viene á explicar la caída del pelo en los individuos atacados por el parásito.

Como se ve, la proposición enunciada al principio de este capítulo: En la actualidad la erisipela, debe ser considerada como una enfermedad bacteriana, producida por un *micrococus* específico que se desarrolla en los linfáticos de la piel y del tejido celular subcutáneo; viene á ser la fórmula que reasume todo lo dicho anteriormente.

TRATAMIENTO.

Como era de esperarse, el tratamiento de la erisipela ha seguido las mismas vicisitudes que las numerosas teorías que ya hemos enunciado acerca de su naturaleza. De tal manera que, sería interminable á la vez que poco útil, la enumeración de todos y cada uno de los medios terapéuticos que se han empleado para combatir este estado

morboso. Así pues, nos conformamos con hacer mención de la clasificación en que llegó á encerrar Lepelletier después de un paciente trabajo, los medios curativos propuestos hasta ahora.

Lepelletier ha formado diez grupos que vienen á constituir otros tantos métodos de los innumerables procedimientos ó medios curativos aconsejados por los autores, á saber: 1º espectante; 2º antiflogístico; 3º repercusivo ó refrigerante; 4º derivativo; 5º ectótrico; 6º evacuante y perturbador; 7º mercurial; 8º tónico; 9º compresivo; 10º divisor.

Si hubiera necesidad de conservar la clasificación de Lepelletier, agregaríamos á sus diez métodos el undécimo, esto es, el método antiséptico; pero esta clasificación tiene una importancia puramente teórica y muchos de los métodos que en ella se mencionan ya no son usados y otros prevalecerán indefinidamente como adyutorios del método antiséptico. Nada más natural que llenar la indicación sintomática, sea cual fuere el método curativo que se emplee. Por ejemplo, nada más racional que los evacuantes en el caso de erisipela acompañada de perturbaciones gástricas; que el uso de los tónicos en el caso de astenia y el de los antipiréticos en las iperpiréxias, esto tratándose de los medios internos y nada más natural también tratándose de los externos, que el uso del método divisor cuando hay una tensión excesiva de los tejidos.

Entre los diversos métodos antes señalados hay uno, el método mercurial, dentro del cual se pudiera querer hacer entrar el uso del sublimado descubierto por el Sr. Dr. Manuel Carmona y Valle. Pero qué diferencia tan grande de puntos de vista, entre los partidarios de las unciones mercuriales hechas empíricamente y cuyo modo de obrar jamás hubieran podido explicar sus preconizadores y el descubridor del procedimiento parasiticida por medio

del bicloruro que, al hacer uso del sublimado, sólo tuvo en cuenta que este cuerpo es uno de los antisépticos más poderosos, sin acordarse para nada, de su calidad de agente mercurial. Así los numerosos éxitos obtenidos por el método de las unciones mercuriales, tan proclamados en su tiempo, por Ricord, vienen á encontrar su explicación en la trasformación que sufre el mercurio metálico en bicloruro para ser absorbido.

Con el descubrimiento de las bacterias de la erisipela nació la idea del tratamiento antiséptico de esta enfermedad. Huëter, quien como hemos visto fué uno de los primeros en encontrar el agente morboso que causa la erisipela, se apresuró á atacar este agente por medio de inyecciones fenicadas, al nivel de las placas erisipelatosas y Verneuil con el mismo fin envuelve el lugar atacado, en la atmósfera del *spray* fenicado obtenido con el pulverizador de Lucas Championier. Pero si de la presencia de un microbio en la erisipela se infiere que, el tratamiento racional de esta enfermedad, es el tratamiento antiséptico, se infiere también que este tratamiento antiséptico debe ser racional. En efecto, admitiendo que haya médicos dispuestos á hacer uso, contra la erisipela, de las inyecciones de ácido fénico recomendadas por Huëter, con dificultad se encontrarán enfermos dispuestos á soportarlas y en cuanto al mantenimiento de las placas erisipelatosas bajo la atmósfera del *spray*, como lo aconseja Verneuil, apenas puede concebirse algo menos práctico que semejante proceder.

Vamos á ver en seguida de qué manera tan sencilla, con el uso del bicloruro de mercurio, se consigue el ideal del tratamiento antiséptico: Destruir el agente morboso, sin perjudicar al individuo enfermo.

Tomamos del artículo del Sr. Dr. Manuel Carmona y Valle la relación de los dos primeros casos en que hizo uso

por primera vez del nuevo tratamiento: "En un caso de erisipela de la cara que hace algún tiempo pude observar desde su invasión, me ocurrió hacer uso del método parasiticida, y con tal objeto formulé una pomada fuertemente cargada de bicloruro de mercurio (al cinco por ciento). Me proponía con esta pomada alcanzar y destruir los gérmenes que existían en el espesor de la placa erisipelatosa."

"Se trataba de una señora de cuarenta y dos años de edad, de constitución débil y temperamento nervioso. Repentinamente se sintió quebrantada, con escalofrío intenso, los ganglios submaxilares dolorosos, y poco tiempo después apareció una placa de erisipela que principiando por la nariz se extendió rápidamente á las mejillas, á los párpados y á la mitad inferior de la frente. En este estado estaba cuando yo la ví, tenía una temperatura de 40°, la placa erisipelatosa tenía un color rojo subido y los párpados excesivamente abultados, hasta el punto de que apenas podían separarse el superior del inferior. Con un pincel apliqué yo mismo una placa delgada de la pomada antes mencionada, teniendo cuidado de tocar todos los puntos inflamados, hasta los límites de la placa. Además, le administré cada hora un papel de 50 centígramos de antipirina hasta que la temperatura bajara á menos de 39°."

"Al día siguiente encontré que se habían formado varias vesículas llenas de serosidad citrina en la placa erisipelatosa, pero esta se había apagado casi completamente: la tumefacción había disminuído, los párpados podían separarse lo suficiente para que la enferma pudiese ver con facilidad, el aspecto rojo reluciente de la placa se había trasformado en rojo opaco, ligeramente amoratado. Por la parte inferior, la erisipela no había avanzado ni una sola línea y su límite era el del labio superior y una línea transversal que al mismo nivel se extendía por una y otra mejilla. Hacia arriba, la erisipela se extendió á toda la

frente hasta la raíz del pelo y lateralmente las orejas quedaban libres. La temperatura de la enferma se había abatido en la noche hasta 38° y cuando la veía tenía 39°2.

"Con tijeras finas piqué todas las vesículas, y sobre toda esta superficie hice que aplicaran cada dos horas una pomada compuesta de 30 gramos de vaselina y 4 de ácido bórico. En la nueva faja de erisipela, situada en la parte superior de la frente, yo mismo apliqué una capa delgada de la pomada de bicloruro, teniendo cuidado de meterla entre el pelo más allá de los límites de la placa."

"En la tarde había aparecido una placa aislada en la región mastoidea derecha, en cuyo lugar apliqué la pomada de bicloruro."

"Al día siguiente encontré esta segunda placa marchita, pero invadida toda la oreja derecha; apliqué allí también la pomada de bicloruro. En la tarde del mismo día la erisipela invadió la oreja izquierda, que fué tratada de la misma manera; de estos límites ya no pasó más la enfermedad; constantemente observaba la formación de flictenas sobre los puntos en que se aplicaba la pomada; pero constantemente veía también que la placa erisipelatosa se apagaba inmediatamente.

"Al interior sólo usé la antipirina para moderar la hiperiternia, y desde el segundo día pequeñas dosis de vino de quina. Al quinto día la temperatura cayó completamente y la enferma entró en una convalecencia rápida."

"Casi al mismo tiempo observaba yo á una joven de veinticuatro años de edad y de la que me encargué, cuando una erisipela de la cara y el cuero cabelludo había terminado su evolución, quedándole una diátesis piogénica sumamente curiosa. Se había formado una colección purulenta retro-ocular en el ojo izquierdo, otra colección profunda en la región temporal del mismo lado y otra en la región maseterina. Sucesivamente aparecieron pequeños

focos diseminados en la frente y cuero cabelludo, en la parte media de la región externo cleidomastoidea del lado izquierdo, en la región supra clavicular del mismo lado, y por último, quizá la más voluminosa, en la región trocanteriana del derecho. Ahora bien, después de haber hecho la punción de la colección situada en la región supraclavicular izquierda, se levantó la temperatura á 40° 5 y apareció una nueva placa de erisipela que invadió el hombro y la región sub-clavicular. Inmediatamente apliqué sobre ella una capa delgada de la pomada de bicloruro (al cinco por ciento), y esto bastó para que la placa erisipelatosa se apagara inmediatamente y no se extendiera más; la calentura desapareció. Piqué las vesículas y recomendé el uso de la pomada de vaselina y ácido bórico."

Un caso que enseña mucho respecto á la eficacia del bicloruro de mercurio en la erisipela, es el siguiente: Luis Cobello, natural de México, de 26 años de edad y de oficio zapatero; entró el día 2 de Octubre de 1888 al Hospital de San Andrés á ocupar la cama número 33 en la sección de Cirugía menor, á cargo del Dr. Lucas Castro. Este enfermo, tenía el testículo derecho tuberculoso. A principios de Noviembre del mismo año se le hizo la extirpación del testículo y cuatro días después de la operación fué atacado de erisipela que le comenzó al nivel de una pequeña escoriación situada en la región trocanteriana derecha y fué invadiendo poco á poco, el muslo y la región glútea del mismo lado, el perineo, el pene y gran parte de la región hipogástrica, respetando el escroto, protegido por el apósito, que consistía en un gran mollar de hilas empapadas en solución de bicloruro al uno por mil, cubierto con una tela impermeable, algodón y un vendaje.

Antonio Moreno, natural del Fresnillo, de 22 años de edad, zapatero, ocupaba la cama número 6 de la sala del Dr. Lucas Castro. Nos refirió, que el día 21 de Diciem-

bre de 1888 sintió un escalofrío intenso acompañado de postración y dolores de cuerpo, que tenía hinchada la nariz y que un día después, toda la piel de la cara y las orejas presentaba un color rojo intenso y estaba sumamente abultada. En este estado entró al hospital, tenía una temperatura de 40° y un delirio tranquilo; se le instituyó por único tratamiento la pomada de bicloruro al cinco por ciento y al día siguiente la temperatura había bajado á 39° y el delirio habia cesado, la placa erisipelatosa estaba circunscrita á los límites del día anterior y con una notable diminución del hinchamiento, coincidía un cambio muy notable en la coloración, que era de un rojo lívido y la formación de pequeñas vesículas. Al tercer día de la permanencia del enfermo en el hospital, la temperatura era normal y con la aplicación de la pomada continuada durante otros tres días, quedó completamente curado.

Pedro Gallegos, natural de Cuernavaca, de 33 años, sastre, ocupaba la cama número 7 de la sala del Dr. Bandera, con el objeto de curarse una laringitis tuberculosa, cuando el día 23 de Enero del presente año comenzó á sentir los ganglios submaxilares dolorosos y sensación de calor en el conducto auditivo externo del lado derecho; al día siguiente apareció una mancha erisipelatosa que invadía el pabellon de la oreja, la mejilla y el párpado inferior del lado derecho y que se extendió después á la raíz de la nariz, el párpado inferior y la mejilla del lado izquierdo, limitándose hacia abajo al nivel de los surcos nazo–yugales. El color rojo reluciente de la piel, el contraste de sus bordes salientes terminándose bruscamente y sin transición con las partes sanas, la sensación de pergamino sentida al pasar la mano sobre la parte enferma, eran características de la erisipela, pero el aumento de temperatura, que era de esperarse dada la extensión de la enfermedad, era casi nulo y sólo se pudo notar un ligero aumento en el mo-

vimiento febril intermitente cuotidiano de exacerbaciones vesperales propio del estado tuberculoso del enfermo. Tres aplicaciones de la pomada de bicloruro fueron suficientes para marchitar la placa erisipelatosa; hecho que expresó gráficamente el Dr. Bandera diciendo que: el bicloruro apaga la erisipela lo mismo que el agua arrojada sobre el fuego.

Fernando Ortega y Muñíz.